**STAATLICHE VERSICHERUNG**
**der Deutschen Demokratischen Republik**

| 090325 504828 | 0407 | 52712 | IRMGARD FORNACON |
|---|---|---|---|
| Versicherungs-Nr. | Kreis | Tb | Name des Beitragszahlers/VN |

| 1613 | WILDAU | TEICHSTR. | 12 | 0877 |
|---|---|---|---|---|
| PLZ | Inkasso-Ort | Straße | Haus-Nr. | Ausf.-M/J |

> Die Nummer Ihrer Versicherungsverträge ist geändert worden. Geben Sie bitte künftig bei der Regelung von Versicherungsangelegenheiten die Versicherungsnummer und die betreffende Unternummer (UN) für den einzelnen Versicherungsvertrag an.

| UN (neu) | Vertrags-Nr. (alt) | Gef. | Beitrag | Inkassoart | KK-Kto. |
|---|---|---|---|---|---|
| 01 | 0050553-01 | 48 | 2,00 | KASSIERUNG | 2535 |
| 02 | 0050553-02 | 48 | 3,00 | KASSIERUNG | |
| 03 | 2119224-00 | 04 | 20,00 | KASSIERUNG | |
| 04 | 0050553-05 | 18 | 4,50 | KASSIERUNG | |

Bestell-Nr. **953 021** – VL Berlin Ag 300/3889/74 (87/9) 280

**Beitragsmarken 19 . .**






# DEUTSCHE VERSICHERUNGS-ANSTALT

## Versicherungsschein

### für die Haushaltversicherung

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2119224 | 04 | 1.11.59 0 Uhr | DM 20 |
| Vers.-Schein-Nr. | Vers.-Zweig-Nr. | Beginn und Ablauf | Jahres-Beitrag |

Irmgard Röhte Formann
Name des Versicherungsnehmers

Schneiderin — 1.
Beruf — Anzahl der versicherten volljährigen Personen

Wildau Teichstr. 7
Wohnort/Straße/Haus-Nr.

Kgl.
Inkasso-Ort

Hiergegen erlischt Vers.-Nr. 870133 — DM 15000
Vers.-Summe

Die Deutsche Versicherungs-Anstalt gewährt nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften, der Allgemeinen Bedingungen für die Haushaltversicherung (ABH) und der Besonderen Bedingungen

**Versicherungsschutz**

für den Versicherungsnehmer, dessen Ehegatten und die im Antrag genannten volljährigen Personen

gegen **Haftpflichtgefahren des täglichen Lebens** (persönliche Haftpflicht)

sowie **deren** Haushaltgegenstände

gegen **Brand-, Blitzschlag-, Explosions-, Leitungswasser-, Einbruchdiebstahl-, Diebstahl- und Beraubungsschäden.**

Mitversichert ist die gesetzliche Haftpflicht der minderjährigen Kinder der versicherten Personen.

Soweit beantragt, ist die gesetzliche Haftpflicht als Halter von — Hund/en mitversichert.

Der Beitrag ist jährlich im voraus zu zahlen. Der jährliche Folgebeitrag ist am 1. des Monats fällig, in dem jeweils das neue Versicherungsjahr beginnt.
Wird der Vertrag nicht spätestens 3 Monate vor Ablauf schriftlich gekündigt, so verlängert er sich stillschweigend von Jahr zu Jahr.

DEUTSCHE VERSICHERUNGS-ANSTALT

Berlin, Tag der Ausfertigung

[Unterschrift]
Hauptdirektor

**Dieser Versicherungsschein hat nur dann Gültigkeit**, wenn mit der Antragstellung gleichzeitig der erste Jahresbeitrag unter Abzug etwaiger Rückbeiträge bezahlt wird, die entsprechenden Beitragsmarken eingeklebt und mit dem Datum der Antragstellung entwertet sind.

Der Versicherungsschein wurde ausgefertigt und eingelöst am

Niederlehme, den 15.9. 1959 — [Unterschrift]
(Unterschrift des MdA)

HS 4111a VLV Freiberg Ag 307 58 DDR — 50000 1258 III 18 185 B 20018

## Hinweise für den Versicherungsnehmer

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet:

1. den Jahresbeitrag pünktlich zur jeweiligen Fälligkeit an die Deutsche Versicherungs-Anstalt oder ihren Beauftragten zu entrichten;
2. den Eintritt eines Versicherungsfalles unverzüglich der Deutschen Versicherungs-Anstalt bzw. dem zuständigen Mitarbeiter des Außendienstes zu melden. Brand-, Einbruchsdiebstahl-, Diebstahl- und Beraubungsschäden müssen außerdem der für den Schadenort zuständigen Dienststelle der Deutschen Volkspolizei angezeigt werden;
3. bei Diebstahl von Fahrrädern das Fabrikat sowie die Rahmennummer anzugeben;
4. für Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen;
5. einen Haftpflichtanspruch ohne Zustimmung der Deutschen Versicherungs-Anstalt weder anzuerkennen noch zu befriedigen.

---

**Besondere Bedingungen**

**Personen, die während des laufenden Versicherungsjahres die Volljährigkeit erlangen, oder volljährige Personen, die im laufenden Versicherungsjahr in die häusliche Gemeinschaft des Versicherungsnehmers aufgenommen werden, sind bei der nächsten Beitragsfälligkeit, spätestens aber einen Monat danach zur Versicherung anzumelden. Unterbleibt die Anmeldung, besteht für diese Personen sowie deren Haushaltsgegenstände kein Versicherungsschutz.**

J. Röhle

---

**Beitragsberechnung**

Jahresbeitrag DM 20.–

./· Rückbeitrag-Hausratversich. vom 1. 11. 1959 bis 1. 1. 1960 DM 1.90

./· Rückbeitrag-Haftpflichtvers. vom – 19– bis – 19__ DM –

Einhebebeitrag DM 18.10

---

**Raum für die Beitragsmarken**



# DEUTSCHE VERSICHERUNGS-ANSTALT



Beleg-Nr.

## Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung

**für Werktätige mit Anspruch auf Lohnausgleich**

(Name des Arbeitsunfähigen) (Geb.-Jahr) (Wohnort)

hat auf Grund der Arbeitsbefreiungs-Bescheinigung der SV vom ..........
ausgestellt von Dr./Poliklinik ..........
wegen (Diagnose) .......... für die Zeit vom ..........
bis einschl. .......... = .......... Tage Barleistungen gemäß § 28 SVO
(DM .......... Krankengeld pro Tag) erhalten.
Arbeitsunfähigkeit besteht weiterhin/ist beendet.*)
**Seit dem .......... besteht eine Invalidität.**

(Datum) (Stempel und Unterschrift der auszahlenden Stelle)

Rückseite beachten!

**Lohnausgleich** gemäß den arbeitsrechtlichen Bestimmungen. Vorgenannte(r) erhält für die obengenannte Arbeitsunfähigkeit keinen/noch einen*) Lohnausgleich
für .......... Tage bis einschl. ...........
Im Jahre 19...... ist bereits Lohnausgleich gezahlt worden, und zwar für die Zeit
vom .......... bis .......... = .......... Tage
vom .......... bis .......... = .......... Tage
Liegt Betriebsunfall/Berufskrankheit*) vor? ..........

(Datum) (Stempel und Unterschrift der auszahlenden Stelle)

*) Nichtzutreffendes streichen!

K 5013 VLV Freiberg Ag 307/63/DDR

225000 163 III/11/10 303 – B 35949

**Vom Versicherten zu beantworten:**

Vers.-Nr.: 50553 Beitrag bezahlt bis einschließlich ..................

Das Unfall-/Krankentagegeld*) ist auf Konto-Nr. .................. bei ..................

zu überweisen.

.................. ..................

(Datum) (Unterschrift)

---

Wird von DVA ausgefüllt

Unfall-/Krankentagegeld*) vom .................. bis .................. = .................. Tage

à DM .................. = DM .................. (i. W. .................. )

gerechnet ..................

zur Zahlung angewiesen am .................. Kasse/Bank/Postscheck Kto.-Nr. ..................

..................

(Unterschrift)

Betrag erhalten:

.................. ..................

(Datum) (Empfangsberechtigter)

*) Nichtzutreffendes streichen

| 1 Schd.-Jahr | 2 | 3 Kreis | 4 Vers.-Gr. | 5 Gefahr | 6 Wagn. | 7 | 9 Schad.-Ursache | 10 | 11 Vertrags-Nr. | 15 Schad.-Art | 16 Leistgs.-Art | 17 Betrag DM | 18 Anz. d. Tage | 21 Erl.-V. Buchh. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | — | | | | | — | | — | | | | | | |

7

# STAATLICHE VERSICHERUNG
der Deutschen Demokratischen Republik




## Beitragsrechnung

Für Ihre **Versicherung** wird am 1. Nov 70 der unten angegebene **Beitrag** fällig

Vers.-Art ist hinter der Vers.-Schein-Nr. angegeben. Es bedeuten: 04 = Haushalt-Hausrat / Sonstiges Eigentum / 25 = Tier / 28 = Haftpflicht / 30-31 = Gebäudevers. / 33 = persönl. Eigentum d. LPG-Mitglieder 36-38 = Kraftfahr. / 60-61 = priv. Wirtschaft.

Ahin
Hauptdirektor

2119224 04 82 505 1.11.59 20.00

Irmgard Farnacon

Wildau,Teichstr.7

34

2 0

15000

SP 4042

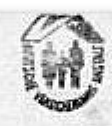
BEITRAG
M 20.-

I/16/33 84/85

**Achtung** Im Schrift- und Zahlungsverkehr gültige Vers.-Schein-Nr. angeben. Bei persönlicher Vorsprache Vers.-Unterlagen mitbringen.

Die Beitragsrechnung ...ar- oder **Scheckzahlungen** nur dann als **bezahlt**, wenn Beitragsmarken in Höhe des Beitrages **aufgeklebt** und mit dem Zahlungsdatum versehen sind. Bei Überweisungen dient der **Überweisungsbeleg** als Zahlungsnachweis.

# DEUTSCHE VERSICHERUNGS-ANSTALT



Der im Beitragsnachweisblatt ausgewiesene Gesamtbeitrag enthält den Beitrag des nachstehend wiedergegebenen Personen-Versicherungsvertrages.

| Vertrags-Nummer | Gefahr | Kreis | Teilbezirk | Monats-Beitrag DM |
|---|---|---|---|---|
| 50553-02 | | | | |
| 3372886 | 48 | 82 | ~~4063~~ 505 | 3.00 |
| Irmgard Fornacon | | | | 825 |
| | | | | 1.9.59-84 |
| Wildau, Teichstr. 7 | | | | I |
| | | | | 34/59/25 |
| | | | | 2 0 |
| | | | | 9.3.25 |

Bezeichnung der Gefahr
48/49-Lebensversicherung 18-Unfallversicherung 57-Krankentagegeldversicherung
Der Monatsbeitrag bei Gefahr 18 ist rechts unten angegeben

**STAATLICHE VERSICHERUNG**
**der Deutschen Demokratischen Republik**

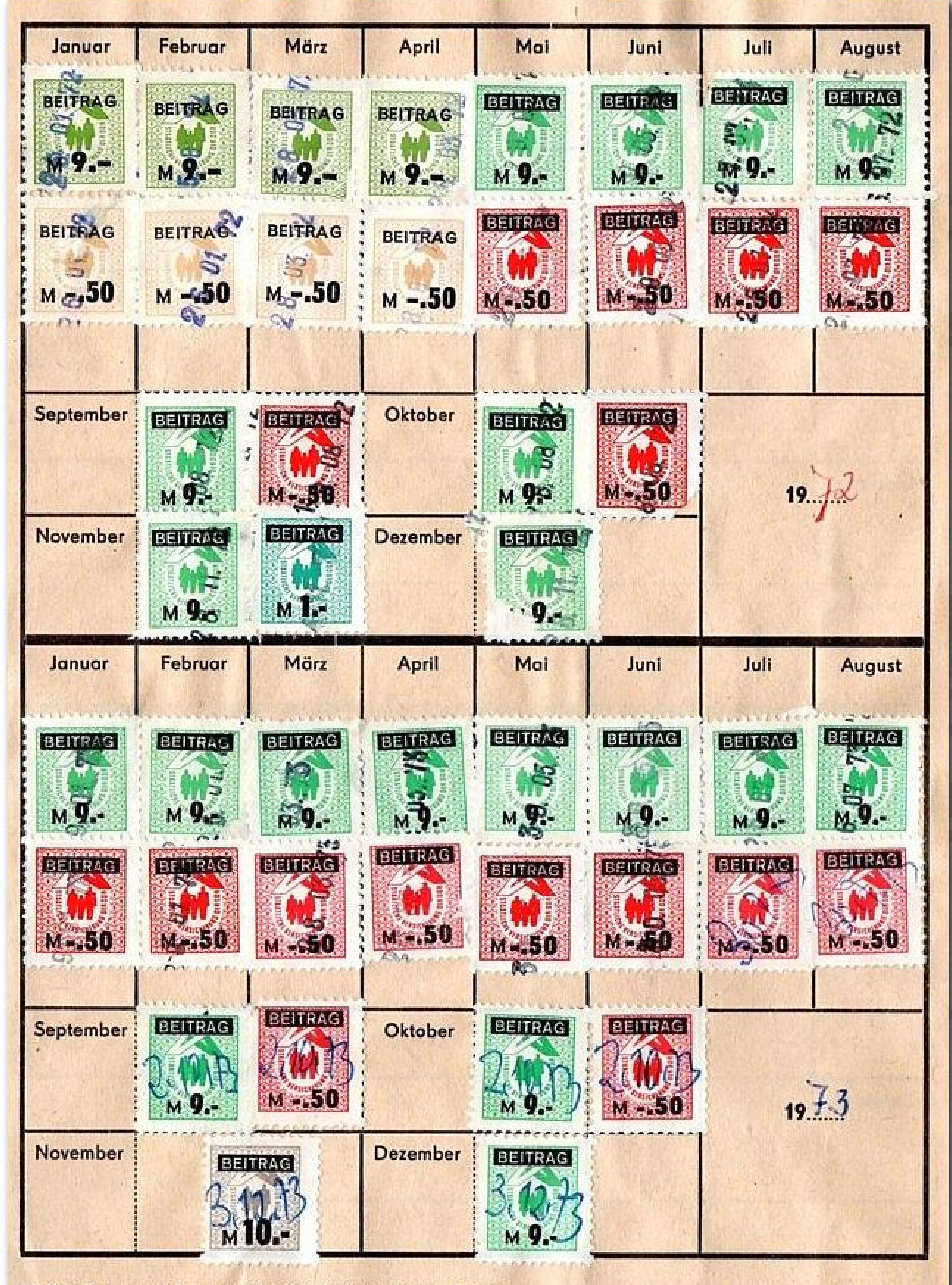
Anlage zum Beitragsnachweisblatt
Sammel-Nr. 50 553

| Monat | Marke 1 | Marke 2 |
|---|---|---|
| Januar | BEITRAG M 9.- | BEITRAG MDN -.50 |
| Februar | BEITRAG M 9.- | BEITRAG MDN -.50 |
| März | BEITRAG M 10.- | BEITRAG M 9.- |
| April | | |
| Mai | BEITRAG M 10.- | BEITRAG M 9.- |
| Juni | | |
| Juli | BEITRAG M 9.- | BEITRAG M -.50 |
| August | BEITRAG M 9.- | BEITRAG M -.50 |
| September | BEITRAG M 9.- | BEITRAG M -.50 |
| Oktober | BEITRAG M 9.- | BEITRAG M -.50 |
| November | BEITRAG M 9.- | BEITRAG MDN -.50 |
| Dezember | BEITRAG M 9.- | BEITRAG MDN -.50 |

19 70

| Monat | Marke 1 | Marke 2 |
|---|---|---|
| Januar | BEITRAG M 9.- | BEITRAG M -.50 |
| Februar | BEITRAG M 9.- | BEITRAG M -.50 |
| März | BEITRAG M 9.- | BEITRAG M -.50 |
| April | BEITRAG M 9.- | BEITRAG M -.50 |
| Mai | BEITRAG M 9.- | BEITRAG M -.50 |
| Juni | BEITRAG M 9.- | BEITRAG M -.50 |
| Juli | BEITRAG M 9.- | BEITRAG M -.50 |
| August | BEITRAG M 9.- | BEITRAG M -.50 |
| September | BEITRAG M 9.- | BEITRAG M -.50 |
| Oktober | BEITRAG M 9.- | BEITRAG M -.50 |
| November | BEITRAG M 9.- | BEITRAG MDN -.50 |
| Dezember | BEITRAG M 9.- | BEITRAG M -.50 |

19 71



Januar
Februar
März
April
Mai
Juni
Juli
August
September
Oktober
November
Dezember
19 72
Januar
Februar
März
April
Mai
Juni
Juli
August
September
Oktober
November
Dezember
19 73
FK 0115a VLV Freiberg Ag 307/DDR III/11/10 69 413 B 3040